

W Q
18
L333P
1915

WQ 18 L333p 1915

47630240R



NLM 05244970 5

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



DUE TWO WEEKS FROM LAST DATE

AUG 21 1951

GPO 381473

H. Sanaburo
Mayo de 19

Programa de Obstetricia

Annex

WA

18

L 333 p

19 15

OBSTETRICIA

PLAN DE ESTUDIOS

Primer año:

ANATOMIA DE LA PELVIS Y DE LOS ORGANOS DE LA GENERACION—NOCIONES DE HIGIENE Y DE BACTERIOLOGIA. Asistencia al Anfiteatro. Clínica obstétrica.

Segundo año:

FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS DE LA GENERACION—EMBARAZO—HIGIENE DEL EMBARAZO — PUERICULTURA INTRA-UTERINA. Clínica obstétrica.

Tercer año:

PARTO Y PUERPERIO NORMAL —PUERICULTURA DEL RECIEN NACIDO. Clínica obstétrica.

Cuarto año:

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES EN EL CURSO DEL EMBARAZO—PARTO DISTOCICO—PATOLOGIA DEL PUERPERIO—PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO OPERACIONES OBSTETRICAS. Clínica obstétrica. Moral profesional.

435085

Programa de Obstetricia

PARA LA ENSEÑANZA EXCLUSIVA DE LAS OBSTETRICES

LA confección del programa para un curso de nueva creación, significa una tarea difícil, sobre todo para quien no está habituado al profesorado. No se trata por supuesto de ordenar de cierta manera los temas que constituyen la cátedra que vá á dictarse, porque en dicho caso la labor se reduciría á seguir el índice de tal ó cual obra clásica, que daría así el orden en que podría desarrollarse la enseñanza de cualquier curso. Hay que considerar factores distintos de los que constituyen la esencia misma de la rama científica materia del estudio: por ejemplo, el medio ambiente y el mayor ó menor grado de cultura y educación general, que preparan la inteligencia para la mejor asimilación de la ciencia que se estudia. Y si estas consideraciones revisten importancia apreciable para la enseñanza de cualquier rama del saber humano, adquieren en casos especiales, cuando de la salud y la vida se trata, un valor considerable, no solamente como medio de defensa y de apoyo para la estabilidad y la conservación de la especie, sino como resorte vigoroso que imprime intensos movimientos en la imaginación, despertando nuevas ideas y creando mé-

todos que aseguren una corriente de avance incesante en el camino del progreso.

Y si de medicina se trata, y en particular de la Obstetricia, la orientación de la enseñanza en un sentido esencialmente práctico es indispensable. La función de la reproducción, origen de la vida; los fenómenos íntimos de la economía en su silenciosa transformación de la materia en un sér animado, constituyen puntos de delicado estudio y minuciosa investigación. Más tarde, en el proceso de la evolución del embarazo, los vínculos que ligan á la madre con el feto, hacen doblemente interesante el estudio del desarrollo fetal.

Despierta igual ó mayor interés el estudio del conjunto de fenómenos que tienen lugar en el organismo materno, ya sea para asegurar el intercambio de la madre al feto, ó ya para que éste adquiriera elementos de nutrición que lo sostengan durante su vida intra-uterina, y condiciones latentes que transformarán las funciones más nobles de la existencia, dándole soberanía propia é independizando al nuevo sér de los vínculos que lo ligaron á la madre durante tantos meses.

Pero si están llenos de interés é inspira especial empeño el estudio de los fenómenos inherentes á la evolución del embarazo, ese interés resulta pequeño, comparado con la importancia del dominio de los conocimientos necesarios para llevar á buen fin una gestación defectuosa, que sin el oportuno consejo y atención debida, tendría un final funesto para la madre, para el feto, ó para ambos á la vez.

La restricción obligada de este programa, que limita sus alcances á que sea solo «*para la enseñanza exclusiva de las obstetrices*», le quita indudablemente gran número de temas por demás interesantes, que si fueran consignados, harían difícil y muchas veces incomprendible su estudio á las niñas que se inician en la profesión sin los fundamentos científicos que se adquieren con los estudios elementales. La restricción impuesta está pues explicada, por la condición de las personas á quienes está destinado, desprovistas de las bases y preparación necesarias para abarcar con provecho enseñanzas, diré superiores, que solo son comprensibles y duraderas en los espíritus preparados por los estudios elementales de las ciencias médicas.

Debiendo sujetarme al plan de estudios sancionado por la Facultad, he procurado conciliar, sin salirme de los linderos señalados por dicho plan, la parte teórica, necesaria indudablemente para la comprensión de los fenómenos que conducen al parto, con la parte de práctica clínica, que si bien se encuentra perfectamente delineada en las obras didácticas, necesita la adaptación al medio en que se actúa y sobre todo, á las condiciones de la materia prima, objeto de la cátedra, cual es la niña dedicada á emprender la laboriosa carrera de obstetríz, profesion tan importante cuando se le aprecia como fundadamente merece.

Efectivamente, de todos los estudios médicos, no creo que la Obstetricia ocupe lugar secundario en el rango de importancia, porque constituyendo la rama que prepara, vigila, atiende y ayuda al organismo materno en la noble y sin igual función de la reproducción, reclama para sí toda la atención y dedicación necesarias, para

alcanzar el ideal científico: la normalidad y la ausencia de complicaciones.

Consecuente pues con este criterio, he dado mayor realce y extensión á los temas que comprenden nociones prácticas, diré de contacto diario, para las obstetrices, cuya labor se ve felizmente simplificada entre nosotros por la excelente conformación de nuestras mujeres. Efectivamente, las grandes causas de raquitismo no abundan entre nosotros, siendo verdaderamente extraordinario observar deformaciones en el esqueleto, que coloquen al organismo en malas ó imposibles condiciones para un parto espontáneo. Las grandes intervenciones, usuales en otros países, como las operaciones cesáreas y aquellas que como las pubiotomías son practicadas con relativa frecuencia, son casi desconocidas entre nosotros á causa, como digo, de la buena conformación de la mujer peruana.

Otro tanto puede decirse de aquellas causas que imponen la indicación de una intervención indispensable, como son las debidas á exceso de volúmen del feto, especialmente cuando es hidrocéfalo; como aquellos estados tóxicos que, como la eclampsia grave, imponen la inmediata evacuación del útero como único recurso para salvar la vida de la madre y aún la del hijo.

Existiendo pues entre nosotros la ventaja de que casi siempre el parto se efectúa dentro de los límites de la normalidad, es en ese sentido que debe dirigirse la enseñanza, insistiendo sin descanso en las reglas de asepsia que dán la garantía en un acto tan importante. Infiltrar pues el concepto de la infección y del contagio; grabar, por decirlo así, en la imaginación de la estudiante el principio de que más vale una partera de escasa

erudición científica, pero observadora de una rigurosa asepsia, que una que posee extensos conocimientos de la teoría y la práctica de la obstetricia, pero para quien no tiene primordial interés la observancia de la asepsia, será la preocupación que debe tener constantemente el profesor de la cátedra, que prepara á las obstetrices para la delicada profesión á que ván á dedicarse.

Con el avance incesante de la ciencia, ya no se concreta el papel de la obstetríz á dar consejos útiles en los últimos días del embarazo y á prestar sus cuidados recibiendo al nuevo sér: nó, esta tarea mecánica, para la que casi no se necesita tener sino nociones de limpieza, un poco de experiencia y algo de sentido común, no constituye absolutamente la misión de la mujer dedicada á asistir partos: ahora, en esta época, estamos á tales alturas, que debe prevenirse todo accidente, prepararse á toda eventualidad para que, en caso de que se realice, poner inmediato remedio, conjurando así los desastres que antes tenían lugar y que, conocidos aquí con el título vago de *sobreparto ó malparto*, son actualmente casi desconocidos. Hoy, una obstetríz que conoce su profesión á fondo y que observa como es debido los preceptos aconsejados por la ciencia, puede asegurar que si es llamada á tiempo y consigue el acatamiento de sus indicaciones, logrará que cualquier mujer embarazada termine con felicidad su gestación y arraigará en el público la convicción de que nadie debe morir de parto.

La orientación, pues, que debe darse á la enseñanza de la Obstetricia, para el uso y conocimiento exclusivo de las obstetrices, debe ser: concisa y clara en el estudio de los fenómenos que constituyen la fisiología del aparato genital femenino y la gestación normal, y práctica, esencialmente práctica, en el estudio de los fenómenos que se realizan durante el parto, es decir, los factores que intervienen en dicho acto, el mecanismo de su realización, la conducta de la obstetríz en el puerperio y las atenciones que prestará, tanto á la madre como al recién nacido.

Hay que orientar tambien la enseñanza según el medio ambiente, como he dicho. antes Por ejemplo, los cuidados en el *post-partum* varían radicalmente y esto es de inmenso interés, según la calidad del cliente que se atiende: no puede darse, y el sentido común lo explica, los mismos cuidados á la mujer aseada, sana y observadora de las reglas de higiene general y personal, que se ha preparado debidamente para el momento del parto, que á la mujer desaseada y tal vez con infecciones vaginales, que vé llegar el trabajo del parto sin haber tomado la más ligera precaución. En este asunto, consigno en el capítulo respectivo las proposiciones que marcan la índole de la enseñanza que yo daría al respecto y que son de tal importancia, que encierran en muchos casos el porvenir genital de una mujer y muchas veces hasta su propia existencia.

La enseñanza de la Obstetricia para profesoras de partos no debe comprender, como á primera vista pu-

diera suponerse, el exclusivo aprendizaje del parto fisiológico. Debe también extenderse á la patología del embarazo y al parto distócico, aún cuando estos últimos sean del resorte médico, pues son los médicos los que intervienen en caso de distocia. Pero hay que tener en cuenta que para que una obstetríz pueda apreciar la anormalidad de un embarazo ó parto, debe conocer los signos que la manifiesten; además, no podrá nunca asesorar y ayudar al médico con provecho en sus maniobras y operaciones, pues no conociendo la técnica y manual operatorio de las diferentes intervenciones, no solo no será útil, sino que estorbará muchas veces el buen curso y desenlace de una operación. Por otra parte, en un país tan extenso como el nuestro, donde abundan las poblaciones sin recursos médicos, el papel de la profesora de partos es decisivo: frente á un caso de distocia, no le quedará otro camino que abandonar á la paciente á las eventualidades de su situación; mientras tanto, si ha sido preparada siquiera con nociones de las intervenciones accesibles á su condición de matrona, podrá actuar indudablemente con mayor seguridad y provecho.

Y no se limitará exclusivamente la enseñanza á la parte teórica y práctica de la Obstetricia; es necesario inculcar también la noción sentimental que debe acompañar á la obstetríz en el ejercicio de su profesión. No es á un rol mecánico de asistencia que está limitada la actuación de la partera al lado de la parturienta, como no lo es tampoco el del médico que atiende á un enfermo: á la maniobra artística y científica, á la prescripción de un medicamento, vá unida la influencia moral que ejerce el médico con solo su presencia á la cabecera del

enfermo. La delicadeza pues del trato que una paciente se merece, la atmósfera de tranquilidad de que debe rodeársele, la solicitud y tino para disimular las malas condiciones en que pueda encontrarse, constituyen también una parte no despreciable de la enseñanza práctica del ejercicio de la Obstetricia.

En la confección de este programa he dedicado una sección importante al estudio de las infecciones puerperales. Desgraciadamente la escasa preparación higiénica de la masa popular femenina en nuestro país, expone á las mujeres á todas las manifestaciones sépticas del *post-partum*. El conocimiento detallado y lo más profundo posible de las principales infecciones es pues indispensable, no solamente para amoldar el criterio de la obstetríz á la importancia de un diagnóstico y tratamiento inmediato y eficaz, sino principalmente para conducirla al camino de la previsión, empleando la profilaxia de ellas, disminuyendo así ese factor nefasto de despoblación y de seres portadores de lesiones incurables más ó menos graves. Y para que cuando, por desgracia se presenten manifestaciones infecciosas de algún género, se encuentren en condiciones de determinarlas desde su comienzo, apreciando la complicación desde sus primeros síntomas, lo que permitirá que dén la voz de alarma inmediatamente, con lo que muchas veces se pueden conjurar, mediante simples maniobras, verdaderas calamidades.

Materia de capítulo especial y de particulares lecciones debe ser también la enseñanza de lo que se conoce con el nombre de *moral profesional*. Las alumnas próximas á terminar sus estudios, que en breve verán concluida su carrera, entrando de lleno al ejercicio de la profesión, deben estar bien penetradas de los deberes y responsabilidades que asumen desde el instante que se dedican á estos estudios y á esta ocupación. No es solamente el desempeño más ó menos prolijo y comedido de las prescripciones científicas lo que debe preocuparles, sino principalmente la idea de conservar intacta la situación delicada de buena y honorable profesional, incapaz de desviarse, por condescendencia ó por otras censurables razones, del camino recto que les señala el deber.

Por su condición de tales, las obstetrices se encontrarán frecuentemente en situaciones delicadas, en que, á la versación y expedición científica, deben reunir la esencial cualidad de la discreción. En pocas profesiones, por no decir en ninguna como en esta, se necesita de más tacto y prudencia para desempeñar la misión profesional. El ejercicio de la obstetricia se presta admirablemente y por desgracia así sucede, al abuso del empleo de los conocimientos adquiridos, con un fin completamente culpable: me refiero á la práctica del aborto, que si bien puede estar indicado algunas veces como recurso de salud y de vida para la madre, es un medio al que se acude con increíble frecuencia, ya para remediar situaciones comprometidas en el seno de las familias, ó ya para limitar la descendencia. Tal recurso, condenado acremente por todas las leyes, por la más sana moral y por la conciencia honrada, es empleado

desgraciadamente con más frecuencia de lo que pudiera pensarse y para su comisión son buscadas, aparte de los profesionales criminales que nunca faltan, las profesoras de partos, quizás si porque en su condición de mujeres, más sensibles á las solicitudes y á los ruegos, no miden siempre los alcances del acto criminal que practican, considerando solamente los disgustos que evitarán suprimiendo un embarazo inoportuno. Disponer de la marcha de una gestación y de la existencia de un sér, procediendo á su aniquilamiento por dinero ó por condescendencia, es un acto delictuoso tan horrible, que solo personas degeneradas pueden concebir y practicar. Hay pues que insistir mucho en este punto, en la enseñanza de la Obstetricia: una profesora no está capacitada *jamás* para practicar un abor o, aún cuando esté científicamente indicado, en cuyo caso intenvendrá no solo un médico, sino una justa de médicos, quienesprévia discusión de la necesidad operatoria, suscribirán de antemano un acta explicando y justificando su conducta.

Debe pues insistirse mucho en inculcar á las obstetrices las nociones del deber y del honor: honor de profesional, superior siempre á todas las solicitudes de la amistad ó el interés; y deber, tambien de profesional, que solo encaminará su acción en el sentido que le indique la ciencia que ha estudiado.

Programa de Obstetricia

Definición de Obstetricia.—Su evolución á través de las edades.

Primer Año

ANATOMIA DE LA PELVIS Y DE LOS ORGANOS DE LA GENERACION

Aparato genital de la mujer; partes y órganos que lo constituyen: pelvis, órganos genitales externos; órganos genitales internos; mamas.

PELVIS OSEA.—Huesos que la constituyen: hueso iliaco, coxal ó innominado; sacro; coccix.

Hueso iliaco.—Su forma, caras, bordes, ángulos, eminencias y escotaduras.—Relaciones.

Sacro.—Sus caras, bordes, base, vértice. Conducto sacro.—Relaciones.

Coccix.—Su forma, caras, bordes, base, vértice.—Relaciones.

Forma, resistencia, papel fisiológico, estructura y desarrollo de la pelvis ósea.

LA PELVIS EN GENERAL

Superficie externa.

Superficie interna — Pelvis mayor: su forma, dimensiones, circunferencia y paredes.—Pelvis menor: estrecho superior, excavación y estrecho inferior.

Diámetros del estrecho superior.

Diámetros del estrecho inferior.

Diámetros, paredes y planos de la excavación.

Diámetros diagonales y oblicuos de la pelvis menor.

Inclinación, curvatura, planos y ejes de la pelvis menor.

Diferencia de la pelvis según el sexo, la raza y la edad.

Usos y movimientos de la pelvis.

ARTICULACIONES

Sínfisis pubiana.—Superficies articulares; cartílago inter-óseo; ligamentos anterior, posterior, superior é inferior. Movimientos.

Sínfisis sacro-iliaca. — Superficies articulares: ligamentos anterior, superior, inferior y posterior. Ligamentos sacro-ciáticos.

Articulación sacro-coccígea.—Superficies articulares; cartílago inter-óseo; ligamentos anterior, posterior y laterales.

Articulaciones intercoccígeas—Movimientos.

Articulaciones sacro-vertebrales.—Superficies articulares y ligamentos.

Membrana obturatriz.

Modificaciones que presentan las articulaciones pelvianas durante el embarazo y el parto.

PARTES BLANDAS

Organos genitales externos.

Monte de Venus.—Vulva: labios mayores y menores. Sus caras, bordes y estructura.—Horquilla vulvar.—Clítoris.—Vestíbulo.—Meato urinario.—Himen y carúnculas myrtiformes.—Glándulas de la vulva.

Periné.—Qué espacio comprende.—Rafé cutáneo. Horquilla.—Músculos del periné: elevador del ano, isquio-coccígeo y esfínter anal; músculo transverso del periné; constrictor de la vagina; isquio-cavernoso.

Organos genitales internos.

Vagina.—Su dirección, forma, dimensiones, paredes, bordes y fondos de saco; superficie vaginal; estructura.

Utero.—Su forma, situación, dirección, volúmen y peso; superficie exterior del útero en la nulípara y modificaciones que presenta en las multíparas. Superficie interna: cuello y cuerpo del útero; cavidad uterina. Estructura del útero: capas musculares y mucosa uterinas; sus glándulas, arterias, venas, vasos linfáticos y nervios.

Medios de fijación del útero.

Ligamentos anchos.—Su forma, cara, bordes, vasos, nervios y estructura.

Ligamentos redondos.—Su trayecto y relaciones; constitución anatómica, vasos y nervios.

Ligamentos útero-sacros. Su trayecto, forma y relaciones; sus caras, bordes, vasos, nervios y estructura.

Ligamentos vésico-uterinos.

Trompa ú oviducto.—Su situación, dirección, longitud, diámetro. Cuerpo y pabellón de la trompa; superficies externa é interna del pabellón: su circunferencia; franja ovárica. Constitución anatómica; vasos, nervios.

Ovarios.—Su forma, número, dimensiones, color y consistencia; su situación, dirección, medios de fijeza y relaciones; sus caras y bordes. Constitución anatómica: folículos de GRAGRAAF; cuerpos amarillos; vasos y nervios.

Mamas.—Número, situación, forma; su mamelón, areola, tubérculos de MORGAGNI. Vasos, nervios y linfáticos. Constitución anatómica: glándula mamaria; lóbulos y conductos galactóforos. Vasos arteriales y venosos: red venosa de HALLER; nervios y linfáticos. Anomalías.

NOCIONES DE HIGIENE

Consideraciones acerca de la Higiene en general.

Higiene personal. Vestido; alimentos; bebidas; régimen de vida. Profesión ú ocupación; influencia de la fatiga en la mujer embarazada.

Aseo corporal: baños generales, duchas, lavados vaginales.

Higiene colectiva. Habitación; baños; limpieza de la ropa: desinfección y desinfectantes. Técnica de la desinfección: antoclaves, estufas. Desinfectantes químicos.

cos; los usados generalmente: agua oxigenada, sublimado, tintura de yodo, permanganato de potasa, nitrato de plata, lisol, formol, etc. Caracteres físicos y químicos de cada uno de ellos y modo de emplearlos.

Maternidades. Su organización: salas de consulta para el examen periódico de la mujer embarazada. Ventanas de vigilar el desarrollo de una gestación. Salas de baños. Laboratorio para el exámen sistemático de la flora vaginal y de la orina de cada mujer hospitalizada.

Sala de trabajo, con sus accesorios (sala de operaciones, de desinfección, anestesia, etc.) Salas para el *post-partum*. Pebellón de aislamiento para infecciones; condiciones que debe llenar.

NOCIONES DE BACTERIOLOGIA

Qué es Bacteriología; importancia de su estudio. Todas las infecciones son de origen microbiano.

Los microbios. Su origen. Caracteres de los microbios: su forma, estructura, dimensiones, motilidad. Sus funciones: respiración, nutrición; condiciones para su desarrollo. Sus secreciones y excreciones (diastasas, tomaínas, toxinas).

Reproducción de los microbios.

Clasificación de los microbios: aerobios y anaerobios; saprofitos y patógenos; sus caracteres.

Acción de los microbios sobre los medios en que viven.

Principales microbios patógenos que intervienen en las infecciones puerperales: estreptococco piógeno, estafilococco piógeno, gonococco, colibacilo, bacilo tetánico, etc. Sus formas respectivas; medios de cultivo; condiciones favorables para su desarrollo. Vías de penetración de los microbios patógenos en el organismo. Multiplicación de los microbios en los líquidos y los tejidos. Acción de los microbios sobre el organismo. Defensa del organismo contra los microbios: fagocitosis, antitoxinas.

Termometría clínica. Temperatura normal; sus límites. Termómetro centígrado: su equivalencia con las otras escalas. Manera de tomar la temperatura; curvas gráficas.

Pulso radial. Sus caracteres normales durante el embarazo y en el *post-partum*. Pulso de desembrazada. Interpretación de las variaciones de la temperatura y el pulso.

Historias clínicas. Manera de hacerlas. Modelo de una historia clínica obstétrica.

Segundo Año

FISIOLOGIA DE LOS ORGANOS DE LA GENERACION

Pubertad. En qué consiste; signos exteriores que la caracterizan. Nubilidad.

Ovulación. Definición. Maduración y ruptura de la vesícula de GRAAF. Puesta ovular. Migración de los óvulos. Formación de los cuerpos amarillos. Cuerpos amarillos de la menstruación y del embarazo.

Menstruación—Definición. Epoca de su aparición. Periodicidad y duración. Caracteres físicos del flujo menstrual (cantidad, color, olor, etc). Origen de la sangre de la menstruación. Relaciones entre la ovulación y la menstruación: ovulación sin menstruación y menstruación sin ovulación. Influencia de la menstruación sobre el organismo. Significación fisiológica de la menstruación. Suspensión temporal de la menstruación. Menopausa ó edad crítica. Relaciones de la menstruación con la fecundación, el embarazo y la lactancia.

Relaciones de la menstruación con la higiene.

Fecundación.—Definición. Sitio en que se verifica el contacto del espermatozoide y del óvulo. Ascensión de los espermatozoides y su penetración en el óvulo. Fenómenos íntimos de la fecundación. Epoca más frecuente

favorable para la fecundación. Fecundación de más de un óvulo. Determinación del sexo del producto de la fecundación.

Modificaciones comunes á los huevos fecundados y á los nó fecundados. Modificaciones exclusivas de los huevos fecundados. Nidación ó inserción del huevo en la mucosa uterina. Desarrollo del embrión: nociones de embriología. Nutrición y crecimiento del feto. Dimensiones, peso y forma del feto en los diferentes meses del embarazo. Desarrollo del feto: orden de aparición de los diferentes órganos del embrión y del feto; primeras semanas hasta el tercer mes; al cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo y noveno mes.

Anexos del feto.—Caduca. Amnios. Líquido amniótico: sus caracteres físicos y químicos. Orígen del líquido amniótico y su papel fisiológico. Corion; su composición y estructura; vellosidades coriales.

Placenta.—Inserción de la placenta. Sus caras, bordes, peso y espesor. Estructura de la placenta: su parte fetal y su parte uterina. Circulación placentaria. Papel fisiológico de la placenta. Membranas; sus caracteres.

Cordón umbilical. Su formación. Longitud y grueso del cordón. Torsión del cordón. Su estructura: gelatina de WARTON. Inserción del cordón.

EMBARAZO O GESTACION

Definición. Embarazo simple; embarazo múltiple (gemelar, triple, cuádruple, etc).

Modificaciones del organismo materno.

Modificaciones que determina el embarazo en el aparato genital: aumento de volúmen del cuerpo del útero; su aumento de capacidad, de peso; cambios de forma. Situación del útero grávido: cambios de dirección y rotación. Relaciones del útero grávido. Espesor de las paredes uterinas; su consistencia.

Modificaciones del cuello del útero: cambios de forma, situación y dirección. Reblandecimiento. Estado de los orificios del cuello durante el embarazo: en las primíparas; en las múltiparas.

Modificaciones de las tunicas serosa, muscular y mucosa del útero.

Transformación de la mucosa del cuerpo del útero en membrana caduca. Modificaciones que sufren los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios del útero grávido.

Modificaciones de los anexos del útero durante el embarazo. (ligamentos, ovarios, trompas). Modificaciones de la vagina, vulva y periné. Modificaciones de la pared abdominal anterior: de la piel, ombligo (vetas cutáneas, línea oscura abdominal).

Modificaciones de las articulaciones pelvianas: de la sínfisis pubiana, de las sínfisis sacro-iliacas, articulaciones sacro-coccígeas é inter-coccígeas. Utilidad de los movimientos de las articulaciones de la pelvis.

Modificaciones de las mamas. Desarrollo de los senos; modificaciones del mamelón y de la areola: túberculos de MONTGOMERY. Calostro.

Modificaciones del pigmento de la piel de la cara: manchas, máscara del embarazo.

Feto á termino. Su peso, actitud, longitud. La piel: barniz sebáceo; cabellos; ombligo; las vísceras. La cabeza: cráneo y cara. Huesos que forman el cráneo. Sutures: sagital, transversal y lambdoidea.

Fontanelas; fontanela anterior, mayor, bregmática ó bregma; su forma, bordes y ángulos. Fontanela posterior, pequeña ú occipital: sus ángulos. Fontanelas laterales ó de GASSER. Fontanelas suplementarias.

Diámetros de la cabeza fetal. Circunferencias de la cabeza al nivel de los diámetros principales. Modificaciones de la cabeza fetal; cabalgamiento huesoso.

Dimensiones del tronco fetal; sus diámetros principales: bi-acromial y bi-troncantério.

PRESENTACIONES Y POSICIONES DEL FETO DURANTE EL EMBARAZO

Actitud del feto durante la vida intra-uterina: disposición de sus miembros; apelotonamiento. Ovoide fetal; su dirección y dimensiones. Acomodación del ovoide fetal con respecto á la cavidad uterina.

PRESENTACION. Su definición. Presentaciones; su clasificacion: presentación cefálica, presentación pelviana, presentación del tronco. Presentaciones temporales y definitivas.

Presentación cefálica.—Su división en presentación de vértice y presentación de cara, según el grado de flexión de la cabeza. Frecuencia y causa de estas presentaciones.

Presentación de la frente.

Presentación pelviana.—Sus variedades: (completa é incompleta, presentación de piés). Su frecuencia y etiología.

Presentación del tronco.—Sus variedades; causas que las determinan. Frecuencia relativa de estas presentaciones.

POSICIONES.—Posiciones fundamentales: izquierdas y derechas. Variedades de posición: anterior, transversal y posterior. Frecuencia relativa de las posiciones. Etiología de las diversas posiciones. Ley de acomodación de PAJOT.

PRESENTACIONES DE VERTICE.—Su punto de referencia. Posiciones: occípito-iliaca izquierda, occípito-iliaca derecha; subdivisiones ó variedades de posición: occípito-iliaca izquierda anterior, occípito-iliaca izquierda posterior, occípito-iliaca derecha anterior, occípito-iliaca derecha posterior.

PRESENTACIONES DE CARA.— Su punto de referencia. Posiciones: mento-iliaca izquierda, mento-iliaca derecha; subdivisiones ó variedades de posición: mento-iliaca izquierda anterior, mento-iliaca izquierda posterior, mento-iliaca derecha anterior, mento-iliaca derecha posterior.

PRESENTACIONES DE NALGAS.—Su punto de referencia. Presentaciones completas é incompletas; variedad de las incompletas: modalidad de nalgas, modalidad de rodillas, modalidad de piés. Posiciones: sacro-

iliaca izquierda, sacro-iliaca derecha; subdivisiones ó variedades de posición: sacro-iliaca izquierda anterior, sacro-iliaca izquierda posterior, sacro-iliaca derecha anterior, sacro-iliaca derecha posterior.

PRESENTACIONES DEL TRONCO.—Su punto de referencia. Posiciones: acromio iliaca izquierda, acromio-iliaca derecha; subdivisiones ó variedades de posición, según sea el hombro que se presente: acromio-iliaca izquierda, dorso anterior (hombro derecho), acromio-iliaca izquierda, dorso posterior (hombro izquierdo), acromio-iliaca derecha, dorso anterior (hombro izquierdo), acromio-iliaca derecha, dorso posterior (hombro derecho).

POSICIONES DIRECTAS.—Según que el punto de referencia fetal corresponda directamente adelante (pubis), ó atrás (sacro): occípito-pubiana, occípito-sacra; mento-pubiana, mento-sacra; sacro-pubiana, sacro-sacra.

SIGNOS DEL EMBARAZO

Signos obtenidos por el interrogatorio y la inspección de la mujer en cinta. Edad y profesión. Antecedentes hereditarios, patológicos y obstétricos. Modificaciones de la menstruación. Modificaciones pigmentarias de la piel de la cara: máscara del embarazo. Modificaciones de la glándula mamaria: desarrollo de los senos, areola, hipertrofia de los tubérculos de MONTGOMERY, calostro. Desarrollo del vientre; aparición de la línea bruna, de las vetas violáceas producidas por la ruptura de las fibras elásticas de la piel. Coloración violácea de

la vulva y canal vaginal. Presencia de várices ó de edemas en los miembros inferiores. Alteraciones sufridas por el aparato digestivo, el sistema nervioso.

EXPLORACION OBSTETRICA-SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA PAL- PACION ABDOMINAL.

Técnica de la palpación. La palpación constituye el más completo medio de exploración. Posición que se dará á la enferma para practicar la palpación. Apreciación del volúmen, forma, dirección y consistencia del útero. Palpación del cuerpo del útero á través del abdomen. Palpación de la escavación. Reconocimiento de las partes fetales (cabeza, nalgas, miembros), para diagnosticar la presentación.

La palpación en las presentaciones de vértice con la cabeza encajada ó movable. Diagnóstico de las presentaciones de cara. Diagnóstico de las presentaciones de nalgas. Diagnóstico de las presentaciones de hombro. Diagnóstico de las presentaciones por la palpación. Apreciación de la fluctuación del líquido amniótico. Baloteo de la cabeza fetal. Movimientos activos del feto; época del embarazo en que son apreciables.

SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA AUSCULTACION

La auscultación. — Auscultación mediata é inmediata. Aparatos para la auscultación obstétrica: estoscopio. Posición que se dará á la enferma para practicar la auscultación. Ruidos maternos; soplo uterino:

sus caracteres; época en que aparecen. Orígen del soplo uterino. Ruidos fetales; ruidos del corazón fetal: su ritmo, timbre, intensidad y frecuencia. Época del embarazo en que son perceptibles las contracciones cardíacas del feto. Diagnóstico diferencial de los ruidos del corazón del feto, las pulsaciones del feto y las del observador.

Diagnóstico de las presentaciones y posiciones por la auscultación. Focos de auscultación en cada presentación. Otros ruidos fetales: soplos cardíacos, soplos del cordón, ruidos producidos por los movimientos activos del feto. Auscultación uterina por vía vaginal: metroscopeco de NAUCHE.

SIGNOS SUMINISTRADOS POR EL TACTO

Tacto vaginal: su gran importancia como medio de exploración. Técnica del tacto; tacto con un dedo, con dos y tacto manual; posiciones de la enferma en las cuales podrá ser practicado. Reglas de higiene y de rigurosa asepsia que deberán observarse para practicar el tacto en el curso del embarazo y sobre todo durante el parto. Resultados obtenidos por el tacto vaginal durante el embarazo: apreciación del himen, carúnculas, várices, edemas, granulaciones y anomalías; exámen del contorno de la pelvis y exploración del sacro para constatar la normalidad de los diámetros pelvianos. En una pelvis bien conformada, el ángulo sacro-vertebral (promontorio), no debe ser accesible al dedo que practica el tacto. Apreciación del volúmen, consistencia y movilidad del cuerpo del útero; del segmento inferior,

fondos de saco y cuello uterino. Diagnóstico de las presentaciones y posiciones por el tacto. Baloteo vaginal. Tacto rectal; sus indicaciones.

Necesidad de limitar el número de tactos durante el embarazo. Durante el trabajo del parto, el ideal científico está constituido por la ausencia de tactos.

Pelvimetría.—Su definición é importancia. Pelvimetría externa é interna. Diámetros exteriores é interiores. Pelvímetros.

VALOR SEMIOLOGICO DE LOS SIGNOS DEL EMBARAZO

Signos de presunción en la primera mitad del embarazo.—Supresión de reglas, aumento de volúmen del útero, reblandecimiento del cuello y del cuerpo uterinos, modificaciones de las glándulas mamarias, aparición de pigmento en la cara, areola mamaria y línea bruna del vientre; soplo uterino. Vómitos, salivación, escalofríos, cefalalgias.

Signos de certidumbre en la segunda mitad del embarazo.—Movimientos activos. Percepción del choque fetal por la auscultación; de los ruidos cardiacos no isócronos con los latidos maternos; el baloteo y la percepción de partes fetales, accesibles á la palpación ó al tacto.

Diagnóstico de la edad del embarazo, rigiendose por la supresión de las reglas, por la aparición de los síntomas reflejos (vómitos, salivación, etc.), por la consistencia y movilidad del útero: por el volúmen de la matriz; por los movimientos activos y los ruidos fetales.

Embarazo simple.—Diagnóstico de las presentaciones y posiciones durante el embarazo. Diagnóstico de las presentaciones de vértice y de sus variedades de posición, por la palpación y la auscultación. Diagnóstico de las presentaciones de cara y de sus variedades, por la palpación y la auscultación. Diagnóstico de las presentaciones de nalgas y de sus variedades, por la palpación y la auscultación. Diagnóstico de las presentaciones transversales, ó de hombro, por la palpación.

Embarazo múltiple.—Preñez gemelar, triple, cuádruple. etc. Super-impregnación. Super-fecundación. Super-fetación.

Embarazo gemelar.—Su frecuencia. Actitud relativa de los gemelos; su peso y volúmen. Signos y diagnóstico del embarazo gemelar por la palpación, auscultación y tacto. Focos de auscultación. Marcha y terminación del embarazo gemelar; particularidades que lo caracterizan: gestación abreviada.

Embarazo triple, cuádruple, etc. Su diagnóstico, marcha y terminación. Duración y término del embarazo. Fijación del término del embarazo, según la última época menstrual. Fijación del término de la gestación según la fecha de la percepción de los primeros movimientos activos del feto. Gestación prolongada.

HIGIENE DEL EMBARAZO

La mujer en cinta debe observar con mayor rigor las reglas de higiene general. Vetidos: corsés, fajas abdominales. Régimen alimenticio.

Funciones digestivas. Constipación: el uso de purgantes en el curso del embarazo. Ejercicio: marcha, baile, equitación y otros sports. Profesión; influencia de ciertas profesiones ó industrias en el embarazo: intoxicaciones por el plomo, sulfuro de carbono, caucho. El uso de los piés para manejar las máquinas de coser.

Baño.—Su frecuencia, duración y temperatura.

Baños de mar.—Natación.

Viajes.—Uso del ferrocarril, de carruajes; navegación.

Relaciones conyugales.

Cuidados higiénicos que deben observarse con las mamás; formación del pezón: uso de las ventosas llamadas pezoneras. Uso del alcohol, metódicamente aplicado en el pezón, para evitar la maceración y grietas que produce la succión del lactante.

Exámen periódico de la mujer embarazada: constatación de la buena conformación pelviana; vigilancia de la gestación para corregir las presentaciones viciosas y atender al estado constitucional de la madre.

Análisis sistemático de la orina de la gestante, sobre todo en los tres últimos meses del embarazo y frecuencia con que debe hacerse.

Higiene especial que deberá recomendarse en la última quincena del embarazo. Laxantes. Lavados vaginales antisépticos. Lociones externas. Material necesario para la asistencia del parto. Blusas. Escobilla de uñas. Uso de guantes de caucho. Aparatos y útiles que deben estar desinfectados y preparados. Agua esterilizada. Desinfectantes químicos.

Arreglo del lecho en que tendrá lugar el parto. Condiciones que debe reunir la habitación donde se verificará el parto.

PUERICULTURA INTRA-UTERINA

PROTECCION DEL NIÑO DURANTE EL EMBARAZO

Influencia del régimen observado por la madre, en la constitución del gestante.

Reposo durante la segunda mitad del embarazo. La mujer en cinta que guarda reposo consigue una gestación más prolongada que la que trabaja hasta el momento del parto. El peso del niño aumenta en proporción á la duración del embarazo.

Hospitalización de la mujer en cinta en los dos últimos meses del embarazo.

Asilos para el cuidado de la mujer en cinta. Mutualidades maternas.

TERAPEUTICA DEL EMBARAZO

Tratamiento de la mujer en cinta sifilítica. Inmensa importancia, nó solamente como medio de evitar el aborto ó parto prematuro, sino para conseguir un niño libre de dicha enfermedad.

Profilaxia de la eclampsia puerperal. Régimen lácteo exclusivo. Régimen declorurado.

Siendo indiscutible la trasmisión del paludismo de la madre al niño, debe ser sometida aquella á un tratamiento apropiado.

Tercer Año

PARTO NORMAL

PARTO.—Definición. Causas del parto á término: causas eficientes y determinantes. Causas determinantes de origen fetal, provenientes de modificaciones del huevo ó del organismo materno. Teorías al respecto.

Fenómenos fisiológicos del trabajo del parto. Contracción uterina; sus caracteres: intermitencia, duración, intensidad. Dolores de parto; sus caracteres: intensidad, localización. Efectos de la contracción uterina y del dolor sobre la circulación fetal y materna.

Contracciones de los músculos abdominales ó prensa abdominal.

Fenómenos pasivos que se producen en el parto. Modificaciones que experimentan los órganos genitales. Modificaciones que se producen en el cuello; desaparición de la cavidad cervical; caída del tapón mucoso; desaparición del cuello: dilatación del orificio interno y su mecanismo. Dilatación de la vagina, vulva y periné. Bolsa de las aguas; su papel fisiológico. Ruptura de la bolsa de las aguas; salida ó pérdida del líquido amniótico.

Diagnóstico del trabajo del parto. Elementos que hay que tener en cuenta. Marcha clínica del trabajo del

parto. Síntomas precursores. Dilatación. Encajamiento. Expulsión. Alumbramiento.

Duración del parto en las primíparas y en las múltiples.

Fenómenos mecánicos del parto. Diagnóstico de las presentaciones y posiciones durante el trabajo del parto. Diagnóstico de la presentación y de las posiciones de vértice, por el tacto. El tacto se practicará en el intervalo de los dolores. Técnica del tacto; posición respectiva de la enferma y del asistidor. Datos suministrados por el tacto: suturas, fontanelas; su orientación con respecto á los diámetros de la pelvis.

Diagnóstico de la presentación y posiciones de cara, por el tacto.

Presentaciones de nalgas ó pelvianas . Diagnóstico de estas presentaciones en sus diversas modalidades y variedades de posición durante el parto, por medio del tacto.

Diagnóstico de las presentaciones de hombro y de sus posiciones, por el tacto, durante el parto.

MECANISMO DEL PARTO.—Definición.—Movimientos que experimenta el feto durante el trabajo.

Mecanismo del parto en las presentaciones de vértice. Tiempos del parto: flexión de la cabeza; encajamiento; rotación interna; expulsión de la cabeza; rotación de los hombros ó restitución; expulsión del tronco.

Primer tiempo: flexión de la cabeza y orientación.

Segundo tiempo: encajamiento, es decir, descenso de la cabeza desde el estrecho superior hasta la pelvis menor; sinclitismo y asinclitismo.

Tercer tiempo: acomodación en el estrecho inferior, ó rotación interna; teorías invocadas para explicar las

causas de la rotación interna: teoría de la acomodación de PAJOT, teoría de las espigas ciáticas y de los planos inclinados, teoría de la pelvis blanda de VARNIER, teoría de VEIT, teoría del plano iliaco, teorías de SELLHEIM, FRITSCH, HUBERT y de TARNIER. Constatación clínica.

Cuarto tiempo: expulsión ó desprendimiento de la cabeza; relaciones de la cabeza y de las partes blandas durante el período de expulsión.

Quinto tiempo: rotación interna de los hombros ó restitución, traducido por la rotación externa de la cabeza.

Sexto tiempo: expulsión ó desprendimiento del tronco; aparición del hombro anterior, que se coloca debajo de la sínfisis pubiana; desprendimiento del hombro posterior, que recorre todo el trayecto formado por las partes blandas; salida del resto del tronco.

Mecanismo del parto en cada posición en particular.

Irregularidades del mecanismo del parto en la presentación de vértice, sobre todo en el tercer tiempo, ó rotación (exageración, ausencia ó perversión de ella).

Fenómenos plásticos. Tumor sanguíneo.

Conducta de la obstetriz durante el trabajo del parto, en las presentaciones de vértice. Vigilancia de la dilatación. Protección del periné. Liberación del cordón enrollado al cuello. Precauciones durante la salida del tronco. Apreciación de la evolución del trabajo del parto, para juzgar la oportunidad de una intervención.

Mecanismo del parto en las presentaciones de cara. Tiempos del parto: deflexión ó extensión de la cabeza; encajamiento; rotación interna; desprendimiento de la

cabeza por flexión; rotación exterior de la cabeza, é interior de los hombros, ó restitución; expulsión del tronco.

Primer tiempo: acomodación en el estrecho superior, mediante la extensión ó deflexión de la cabeza.

Segundo tiempo: encajamiento, caracterizado por la lentitud del descenso de la cabeza al través de la excavación pelviana.

Tercer tiempo: rotación interna, mediante la cual se verifica la acomodación en el estrecho inferior.

Cuarto tiempo: desprendimiento de la cabeza por flexión.

Quinto tiempo: restitución, ó rotación externa de la cabeza, que orienta el mentón hácia el muslo correspondiente al lado en que estaba antes de su salida.

Sexto tiempo: expulsión del tronco.

Irregularidades del mecanismo del parto en las presentaciones de cara; sobre todo en el segundo y tercer tiempo. Si en el momento de la rotación el mentón no gira adelante, el parto espontáneo será imposible.

Fenómenos plásticos.

Conducta de la obstetríz durante el trabajo del parto en las presentaciones de cara. Cuando la presentación está alta y la cabeza móvil, debe intentar flexionarla (maniobras de BAUDELOCQUE, PINARD y THORN). Ayudará la rotación, si tarda en verificarse, mediante la maniobra de MME. LACHAPELLE y en caso de no conseguirlo, indicará la intervención inmediata del médico.

Mecanismo del parto en la presentación de la frente. Tiempos del parto: acomodación, encajamiento; rotación interna; expulsión de la cabeza; rotación inter-

na de los hombros; expulsión del tronco. Anomalías del mecanismo del parto en las presentaciones de la frente, sobre todo en el cuarto tiempo, ó desprendimiento de la cabeza, debido á la apertura de la boca del feto.

Conducta de la obstetríz durante el trabajo del parto en la presentación de frente. Si la cabeza no está encajada, intentará la maniobra de BAUDELOCQUE ó las de PINARD y THORN, recomendadas para las presentaciones de cara. Si nó tiene éxito, solicitará un médico, para que practique la versión podálica. Si la cabeza está encajada y el parto espontáneo es imposible, solicitará un médico, que aplicará forceps, ó hará la sinfisiotomía ó la operación cesárea, en el caso de que el niño estuviera vivo; y si el feto está muerto, recurrirá á la basiotripsia.

Mecanismo del parto en las presentaciones de nalgas.—Tiempos del parto: apelotonamiento de las nalgas; encajamiento; rotación interna; desprendimiento de las nalgas; acomodación de los hombros en el estrecho superior; encajamiento de los hombros; acomodación de los hombros en el estrecho inferior; desprendimiento de los hombros; rotación de la cabeza en el estrecho inferior; desprendimiento de la cabeza.

Primer tiempo: acomodación de las nalgas en el estrecho superior, mediante el apelotonamiento de ellas.

Segundo tiempo: encajamiento de las nalgas, que se hace más lento en los casos de presentación de nalgas, modalidad completa, por el mayor volúmen que significa.

Tercer tiempo: acomodación de las nalgas en el estrecho inferior, mediante la rotación, que orienta el diámetro bitrocantérico fetal, en el mismo sentido que el diámetro cocci-pubiano de la madre.

Cuarto tiempo: desprendimiento de las nalgas, apareciendo primero la cadera anterior bajo la sínfisis pubiana, mientras que la cadera posterior rechaza hácia atrás el coccix y el periné y franquea el orificio vulvar.

Quinto tiempo: acomodación de los hombros en el estrecho superior, que se traduce por la rotación externa de las nalgas, quedando el feto con el dorso hácia adelante.

Sexto tiempo: encajamiento de los hombros, pasando al través de la escavación.

Séptimo tiempo: acomodación de los hombros en el estrecho inferior, mediante su rotación, que hace coincidir el diámetro biacromial con el ántero posterior de la madre, ó cocci-pubiano.

Octavo tiempo: desprendimiento de los hombros, haciéndolo primero el hombro anterior.

Noveno tiempo: rotación de la cabeza en el estrecho inferior.

Décimo tiempo: desprendimiento de la cabeza, fijándose la nuca bajo la sínfisis pubiana, flexionándose la cabeza más y más, hasta la aparición sucesiva en la comisura posterior de la vulva, del mentón, la boca, la nariz, la frente y la fontanela anterior, saliendo el occipucio el último.

Irregularidades del mecanismo del parto en las presentaciones de nalgas. Además de anomalías en la rotación interna de los hombros y de la cabeza, debe señalarse preferentemente la ascensión de los brazos, antes del encajamiento de la cabeza, haciendo éste imposible, por la interposición de los brazos entre las paredes de la pelvis y la cabeza. Esta anomalía puede ser efecto de impacientes tracciones del tronco fetal, para apresurar su

salida, antes de que los brazos, flexionados sobre el pecho, hayan franqueado la escavación.

Fenómenos plásticos.

Conducta de la obstetríz, durante el trabajo del parto, en las presentaciones de nalgas. Dilatación vaginal pre-fetal. Descenso de un pié (maniobra de PINARD-MANTEL). Manera de practicar la extracción de las nalgas. Extracción de la cabeza (maniobra de MAURICEAU). Uso de lazos y crochets; sus peligros.

Mecanismo del parto en las presentaciones del tronco. El parto espontáneo en estas presentaciones es casi siempre imposible. Unicos casos en que puede realizarse: versión espontánea, evolución espontánea.

Versión espontánea; en que consiste. Evolución espontánea: posible solamente en las pelvis anchas, con feto pequeño y contracciones uterinas enérgicas; tiempos de que consta; apelotonamiento; encajamiento: rotación; desprendimiento del tronco; rotación interna de la cabeza; expulsión de la cabeza. Variedades del mecanismo: *conduplicato corpore* y evolución espontánea cefálica.

Fenómenos plásticos.

Conducta de la obstetríz, durante el trabajo del parto, en las presentaciones del tronco: cuando la bolsa de las aguas está intacta y cuando ya se ha roto. Casos especiales: procidencia de miembros, feto muerto, etc.

Influencia del trabajo del parto sobre las funciones maternas y fetales.

Modificaciones de las funciones maternas producidas por el trabajo del parto. Inervación. Circulación. Calorificación. Respiración. Digestión. Gritos de la parturienta: sus caracteres.

Modificaciones de las funciones fetales producidas por el trabajo del parto: modificaciones de la circulación y respiración fetales; vago intra-uterino.

Duración y pronóstico del trabajo del parto en las primíparas y múltiparas. Duración y pronóstico de las diversas presentaciones y posiciones.

Atenciones que hay que prestar á la parturienta durante el trabajo. Arreglo de la cama; disposición que se dará á sus ropas. Las manos de la obstetriz; lavado de las manos y limpieza de las uñas; escobillado; uso de guantes; antisépticos. Vigilancia de los primeros dolores; su frecuencia y duración; presencia de limos. Indicación de evacuar el vientre, por medio de un enema, seguido de prolijo lavado antiséptico exterior y vaginal. La exploración vaginal por medio del tacto no debe practicarse sino en caso de duda respecto á la presentación ó si el trabajo es laborioso y hay que convencerse del estado de la dilatación. Precauciones que se tomarán cuando haya que practicar el tacto en pleno trabajo. Peligro de la ruptura de las membranas por maniobras inexpertas.

Asistencia del parto. Conducta de la obstetriz durante el período de dilatación; vigilancia de la evacuación de la orina. Posición que se dará á la enferma. Casos en que la parturienta debe permanecer en la cama desde el comienzo del trabajo. Conducta de la obstetriz durante el periodo de la expulsión. Falsa sensación de evacuación intestinal; su causa.

Maniobras destinadas á impedir las desgarraduras del periné. Posición de la enferma en el período de expulsión: decúbito dorsal y decúbito lateral. Elevación de las caderas por medio de un cojín; actitud que se dará á los

miembros inferiores. Consejos que se dará á la parturienta para que los esfuerzos que haga sean útiles. Manera de defender el periné; el uso de compresas para este objeto. La mano derecha de la obstetríz no abandonará el periné en ningún momento de la expulsión. La otra mano sostendrá la cabeza fetal oponiéndose á su brusca salida, ayudará la deflexión de la cabeza, ya directamente, ó por medio de la maniobra de RITGEN. Orientación de los hombros después de la expulsión de la cabeza. Movimientos que serán practicados durante el desprendimiento de los hombros. La defensa del periné solo deberá cesar, cuando todo el feto haya sido expulsado, pues gran número de desgarraduras perineales son producidas por la distensión de la vulva por los hombros.

Vueltas de cordón al cuello.

Masaje del cuerpo uterino inmediatamente después de la salida del feto: globo de seguridad de PINARD.

Desgarraduras del periné; su frecuencia, sobretodo en las primíparas. Desgarraduras completas é incompletas. Causas y mecanismo de las desgarraduras. Tratamiento: toda desgarradura perineal debe ser reparada inmediatamente después del parto. Desinfección. Sutura.

Ligadura y sección del cordón umbilical. Cuidados consecutivos. Peligros de una mala ligadura: hemorragia, hernias, infección.

Anestesia del parto. Consideraciones acerca de la conveniencia ó inconveniencia de suprimir en absoluto el dolor en el parto. Medios más usados para atenuar el dolor: hipnóticos; antineurálgicos; método de FLIESS (cocainización del tabique nasal y de los cornetes inferiores). Analgesia general (morfina, pantopón, escopola-

mina. Anestesia general: gas risueño, cloruro de etilo. Cloroformo; su aplicación llamada «cloroformo á la reina» su técnica y contraindicaciones. Anestesia regional, mediante inyecciones intra-raquídeas, epidurales y practicadas «in situ».

Parto gemelar. Asistencia del primer parto; intervalo que lo separa del segundo. Segundo parto. Pronóstico del parto gemelar.

Parto múltiple. Conducta que debe seguirse.

Alumbramiento. Definición. Estudio clínico del alumbramiento. Desprendimiento de la placenta. Paso de la placenta del útero á la vagina. Expulsión fuera de las vías genitales. Tracción del cordón para favorecer la expulsión placentaria. Método de CREDE. Modo de recibir la placenta expulsada espontáneamente.

Alumbramiento en el parto gemelar. Placentas separadas y placentas unidas. Ligadura del cordón del primer feto, en caso de placentas unidas. Como se harán las tracciones después del segundo parto.

Examen de la placenta después de su expulsión. Investigación de los cotiledones y de las membranas. Reconstitución de la envoltura ovular para juzgar de su integridad, Conducta que debe seguirse cuando falta algún cotiledón. Conducta que debe seguirse cuando falta alguna cantidad de membranas.

Vigilancia del feto durante el trabajo. Constatación periódica de los movimientos activos y de los latidos fetales. Exámen del líquido amniótico después de la ruptura de las membranas. Interpretación de la presencia de meconio en el líquido amniótico.

PUERPERIO NORMAL

Definición.

Modificaciones anatómicas de los órganos genitales después del parto.

Vulva, vagina, periné.

Hemorroides.

Modificaciones que experimenta el útero. Involución uterina. Volúmen y peso del útero. El cuello uterino en los días inmediatos al *post-partum*.

Cólicos uterinos ó entuertos. Sus causas y caracteres.

Lóquios; sus caracteres.

Secreción de la leche; calostro.

Retención de orina; su origen; cateterismo.

Caracteres del pulso después del parto.

Cuidados inmediatos á la parturienta. Vigilancia de la temperatura y el pulso. Desinfección de la ropa. Lavados genitales externos. Lavados vaginales. Apósito vulvar. Técnica y precauciones al practicarlos.

Discusión sobre la conveniencia de practicar ó nó, lavados vaginales antisépticos. Peligros de la abstención sistemática, sobre todo en mujeres cuyo embarazo no ha sido vigilado.

Exámen metódico del pulso. Exámen del abdomen para vigilar la regresión uterina. Exámen de los lóquios. Exámen de las mamas. Exámen de los órganos genitales externos. Condiciones higiénicas que deberá tener la habitación durante el puerperio. Vendaje del vientre después del alumbramiento.

Alimentación. Dietética del puerperio.

Posición que guardará la parturienta las primeras horas y los días consecutivos al parto. Tiempo que deberá permanecer en la cama.

Consejos respecto á la vida genital.

PUERICULTURA DEL RECIEN NACIDO

Limpieza de los ojos; peligro de la oftalmía purulenta; sus caracteres. Su profilaxia: método de CREDE; el uso del limón, ácido bórico, etc. La primera curación del ombligo. Profilaxia de la infección umbilical. Como se debe ligar el cordón: ligadura simple; onfalotripsia. Caída del cordón.

Baño; oportunidad del primer baño; temperatura y duración del baño. Manera de sostener al niño dentro del agua.

Vestidos. Ropas con que se vestirá al recién nacido.

Abrigo y temperatura ambiente que necesita el recién nacido.

Control del desarrollo del niño por medio de la balanza.

Peligro del uso del paladeo.

Alimentación de los dos primeros días.

Lactancia materna; cuándo debe comenzar; tiempo que durará cada mamada. Intervalo entre las mamadas.

Exámen sistemático de las deyecciones del recién nacido. Meconio ó brea. Primeras cámaras de la alimentación láctea; sus caracteres.

Lactancia artificial. Las diferentes leches. Esterilización de la leche. Limpieza de los biberones y mamaderas. Proporción respectiva de la leche y del agua que se dará al recién nacido cuando la lactancia materna no puede emplearse.

Lactancia mixta. Casos en que se debe recurrir á la lactancia mixta; como se debe practicar esta lactancia.

Alimentación de la nodriza. Régimen que deberá seguir.

Profilaxia y tratamiento de las grietas del pezón de las mamas, llamadas tiñuelas. Estas grietas son casi siempre el origen de los abscesos del seno.

Cuarto Año

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES EN EL CURSO DEL EMBARAZO

Sífilis. Su influencia en la marcha del embarazo, en el trabajo del parto y sobre el feto.

Sífilis adquirida después de la fecundación. Sífilis por concepción. Tratamiento de la madre y del niño. Inmensa importancia del tratamiento oportuno de la sífilis en la mujer embarazada, para evitar el aborto y el parto prematuros.

Toxemias gravídicas. Hepato-toxemia gravídica su naturaleza y patogenia. Condiciones que favorecen la producción de la insuficiencia hepática. Manifestaciones de la toxemia gravídica: erupciones, manchas pigmentarias, gingivitis, ptialismo, hematemesis, constipación, diarreas; sus caracteres.

Náuseas y vómitos; vómitos simples; vómitos graves ó incoercibles: sus síntomas, marcha, duración, terminación y tratamiento.

Nefritis gravídicas. Albuminuria; su significación clínica en el curso del embarazo, en el parto y en el *post-partum*. Diagnóstico y tratamiento de la albuminuria. Albuminuria del trabajo del parto.

Edemas; sus variedades. Significación clínica de los edemas.

Eclampsia. Definición. Epoca de su aparición. Acceso eclámpico: sus síntomas, periodos, marcha y patogenia. Síntomas que hacen prever el peligro de un nuevo ataque. Marcha y terminaciones. Complicaciones del ataque de eclampsia. Pronóstico de la eclampsia para la madre y para el feto. Tratamiento de la eclampsia en cada uno de sus periodos. Evacuación del útero: parto provocado.

VICIOS DE CONFORMACION Y AFECCIONES DE LOS ORGANOS GENITALES.

Utero. Desviaciones del útero grávido: versiones y flexiones; su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Enclavamiento del útero grávido en la pelvis menor, ó encarcelamiento del útero; sus síntomas y tratamiento. Mala conformación del útero: útero didelfo, unicornio y bicornio. Tumores uterinos: fibromas, cáncer, etc. Procesos inflamatorios del útero: metritis, sus variedades.

Anomalías de las trompas uterinas. Embarazo ectópico; sus variedades: embarazo tubario, ovárico ó abdominal.

Embarazo tubario; sus variedades: embarazo intersticial y tubo-abdominal. Modificaciones que sufre la trompa. Marcha y terminación: muerte del feto, ruptura de la trompa, desarrollo del quiste fetal hasta el término del embarazo.

Embarazo ovárico; sus caracteres, marcha y terminación.

Embarazo abdominal; su división en primitivo y secundario.

Modificaciones anatómicas consecutivas á la muerte del feto. Litopedion.

Síntomas, marcha y terminación del embarazo extra-uterino.

Enfermedades del amnios: hidramnios; causas, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Oligo-amnios.

Enfermedades del corion: mola hidatiforme; sus caracteres, síntomas y etiología; pronóstico y tratamiento.

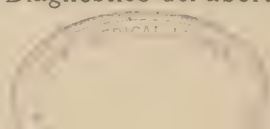
Anomalías de la placenta: exceso de volúmen; adherencias de la placenta; edema de la placenta; infiltración calcárea; endometritis deciduales; infartos placentarios; infartos blancos é infartos rojos. Tumores de la placenta: quistes, tumores benignos y tumores malignos: **deciduoma maligno.**

Desprendimiento prematuro de la placenta y de la caduca. Hemorragias retro-placentarias; hidrorrea decidual. Sus caracteres.

Anomalías del cordón; su inserción velamentosa; variaciones en las dimensiones del cordón; nudos del cordón; circulares del cordón al cuello ó á los miembros del feto; Procidencia del cordón: sus causas, síntomas y tratamiento; consecuencias de la procidencia del cordón.

Interrupción prematura del embarazo. Aborto y parto prematuros.

Aborto: patogenia y etiología del aborto; en que época del embarazo es más frecuente; Síntomas del aborto: aborto ovular; aborto en un tiempo y en dos tiempos; sus caracteres. Estudio clínico del aborto: contracciones uterinas dolorosas, hemorragias. Diagnóstico del aborto.



Aborto de los dos primeros meses; de tres y de cuatro meses; de cinco á seis: sus caracteres. Retención en el aborto: sus peligros y tratamiento. Complicaciones del aborto: hemorragia intensa: infección del huevo. Pronóstico del aborto. Asistencia del aborto: expectación, desinfección de la vagina; medicamentos que deberán emplearse. Reposo; lavados calientes; enemas sedantes. Taponamiento.

Aborto inevitable; tratamiento quirúrgico: evacuación del útero. Curaje digital; curetaje.

Tratamiento de las complicaciones; indicaciones especiales.

Parto prematuro espontáneo; sus causas. Caracteres del parto prematuro. Asistencia del parto prematuro. Alimentación y cuidados que hay que prestar al niño nacido prematuramente; incubadoras.

Interrupción accidental del embarazo; muerte del feto. Retención del feto muerto; disolución, momificación, maceración y putrefacción del feto. Signos de la muerte del feto. El parto en casos de feto muerto; conducta de la obtetríz.

PARTO DISTOCICO

Definición de distocia; sus variedades, ya tenga origen fetal ó materno.

Distocias de origen fetal. Por anomalías en la presentación ó en la posición del feto ó por irregularidad en el mecanismo del parto. Por situación anormal de un

miembro del feto, sobre todo por la procidencia de alguno de ellos. Por exceso de volúmen del feto; hidrocefalia; su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Por anomalías en la consistencia huesosa del cráneo del feto: osificación excesiva ó insuficiente. Por la presencia de varios fetos en la cavidad uterina, ya estén aislados ó adheridos.

Distocias debidas á los anexos del feto. Por ruptura prematura de las membranas. Por procidencia del cordón umbilical. Por la escasa dimensión del cordón. Por anomalías en la cantidad del líquido amniótico (hidramnios y oligo-amnios). Por adherencia anormal de las membranas al segmento inferior del útero.

Diagnóstico y pronóstico del parto en las distocias de origen fetal. Tratamiento de cada una de ellas, teniendo en cuenta la integridad de las membranas y el estado de la dilatación.

Dificultad y accidentes del alumbramiento. Inercia uterina. Hemorragias del alumbramiento; su tratamiento.

Distocia del alumbramiento. Inserción viciosa de la placenta; sus variedades, placenta baja y placenta prévia. Placenta baja, lateral ó marginal. Placenta prévia, total ó centro por centro y placenta prévia parcial. Etiología de la placenta prévia. Síntomas y diagnóstico de la placenta baja y prévia. Tratamiento: taponamiento, ruptura artificial de las membranas, versión podálica de **BRAXTON HICKS**.

Retención de la placenta; sus caracteres. Peligros de la retención de la placenta, ya sea en su totalidad, ó ya de alguno de sus cotiledones ó restos de membranas. Signos que revelan la presencia de cuerpos extraños en el útero, en los días que siguen al parto. Extracción manual de la placenta: sus indicaciones y técnica.

Inversión uterina; sus diversos grados. Mecanismo, sintomatología y terminación de la inversión uterina. Su pronóstico y tratamiento.

Distocias de origen materno.

Distocias causadas por anomalías en las fuerzas expulsivas. Exageración de las contracciones uterinas. Insuficiencia y retardo de las contracciones. Irregularidad de ellas. Contracción espasmódica del anillo de BANDL. Inercia del útero; su tratamiento.

Distocia debida á la resistencia exagerada de los órganos genitales externos y del periné.

Vicios de conformación de la vulva y de la vagina. Persistencia del himen. Distocias debidas al cuello del útero.

Desviaciones del cuello. Rigidez del cuello. Edema é hipertrofia del cuello. Cáncer y tumores diversos del cuello.

Distocias relativas al cuerpo del útero. Desviaciones uterinas. Tumores del cuerpo del útero. Fibromas uterinas como causa de distocia; su influencia sobre el trabajo del parto. Pronóstico y tratamiento durante el embarazo y en el trabajo el parto.

Distocia por tumores del abdómen y de la escavación pelviana. Tumores del ovario. Quistes del ovario. Tratamiento durante el trabajo del parto.

La retención de orina como causa de distocia. Sus causas y tratamiento.

Rupturas del útero y de la vagina; causas que las determinan. Síntomas, pronóstico y tratamiento.

Trombus de la vulva y de la vagina. Su etiología en el embarazo y durante el parto. Síntomas, marcha, pronóstico y tratamiento.

Distocia por vicios de conformación de la pelvis.

Anomalías de la pelvis ósea. Alteraciones de la pelvis en su forma, dimensiones y dirección. Clasificación de las viciaciones pelvianas: pelvis aumentadas ó agrandadas y pelvis estrechas; estas últimas son las que interesa conocer. Etiología de las pelvis estrechas. Por reblandecimiento de los huesos: pelvis raquítica y pelvis osteomalácica. Por lesiones de la columna vertebral: pelvis lordótica, pelvis escoliótica, pelvis cifótica, spondylizéma y spondylolisthesis. Por lesiones de los miembros inferiores: por amputación de un miembro; por pié bot; por genu valgum; por parálisis infantil; por luxación coxofemoral; por coxalgia; por osteo-mielitis de la cadera. Por defecto congénito: pelvis plana no raquítica y pelvis en embudo; pelvis justa minor ó proporcionalmente estrecha; pelvis infantil. Por lesiones pelvianas: unilateral, pelvis oblicuo-ovalar ó de NAEGELE; bilateral, pelvis estrecha transversalmente ó de ROBERT. Por anomalías del sacro. Por tumores de los huesos. Por fracturas de la pelvis.

Diagnóstico de las pelvis estrechas. Signos adquiridos por el exámen obstétrico y por la observación de la marcha del parto: falta de encajamiento; vientre descolgado; procidencia del cordón ó de algún miembro.

Signos suministrados por la inspección del cuerpo: espacio de MICHAELIS.

Determinación clínica de las viciaciones pelvianas: Pelvimetría. Pelvimetría externa é interna.

Pelvimetría externa. Diámetros de BAUDELLOCQUE; espacio losángico de MICHAELIS.

Pelvimetría interna. Por el tacto digital para medir el diámetro conjugado diagonal. Pelvímetros. La pelvi-

metría por medio de aparatos no dá resultados exactos: es preferible la investigación por medio del tacto digital.

Accidentes producidos por las distocias.

Rupturas del periné; sus causas y variedades (de la horquilla, completas é incompletas). Sutura de las desgarraduras perineales: su técnica. Desgarraduras en la vulva y en la vagina. Trombus de la vulva y de la vagina: sus causas, síntomas, marcha, pronóstico y tratamiento.

Ruptura del útero: su génesis. Desgarraduras transversales del cuello del útero. Rupturas del útero completas é incompletas. Síntomas de la inminencia de ruptura del útero; síntomas del útero ya desgarrado. Tratamiento.

Hemorragias *post-partum*; sus diversas causas y tratamiento.

Muerte súbita de la madre durante el parto; sus causas. Muerte súbita durante el puerperio; sus causas.

PATOLOGIA DEL PUERPERIO

Infecciones puerperales. Consideraciones acerca de su disminución actual y de su historia. Noción del contagio.

Etiología y patogenia de las infecciones puerperales. Los agentes infecciosos; gérmenes capaces de causar una infección puerperal. Como se puede adquirir una infección puerperal: infecciones de origen autógeno y he-

terógeno; fuentes genitales y extra genitales de auto-infección. Infección de origen heterógeno. Como se hace la contaminación de las vías genitales. Modos de contagio: tactos defectuosos y practicados sin asepsia perfecta; operaciones obstétricas; inyecciones vaginales é intra-uterinas; maniobras para la extracción de placenta; contaminación de las desgarraduras perineales.

Condiciones que predisponen á la infección: el trabajo laborioso del parto; ruptura prematura de las membranas; presentaciones viciosas del feto; prociencia de miembros; lesiones de los órganos genitales; retención de materias orgánicas en la cavidad uterina; las hemorragias, la eclampsia, etc.

Clasificación de las infecciones puerperales. Infecciones vulvo-vaginales (escaras, linfangitis, gangrena, etc.)

Infecciones uterinas. Intoxicación séptica puerperal ó sapremia, Sus causas, síntomas, marcha, pronóstico, y tratamiento. Infección séptica puerperal; endometritis puerperal y metritis parenquimatosa. Sus síntomas generales y locales; su evolución. Gérmenes principales que las producen. Marcha de la enfermedad y de las complicaciones.

Tratamiento de la infección puerperal. Inyecciones vaginales. Inyecciones intra-uterinas. Irrigación continua. Drenado del útero. Curaje digital. Curetaje instrumental. Escobillado del útero. Balneoterapia. Suerro de HAYEM. Uso de metales coloidales y de medicamentos que aumentan la leucocitosis. Tratamiento quirúrgico: histerectomía. Sueroterapia de las infecciones puerperales. Abscesos de fijación.

Discusión y crítica de los diversos tratamientos. Indicaciones que se tendrán en cuenta al usar cada método.

Infecciones localizadas al cuello del útero: sus caracteres y tratamiento.

Infecciones de los anexos. Salpingitis y ovaritis.

Flemones peri-uterinos.

Flebitis puerperales. Flegmatia alba dolens: sus síntomas, evolución, pronóstico; complicaciones y tratamiento.

Las infecciones mamarias. Etiología y patogenia; causas predisponentes y causas determinantes: ulceraciones y grietas del mamelón (tiñuelas). Su profilaxia y tratamiento. Linfangitis y galactoforitis (abcesos del seno); sus causas, síntomas, pronóstico y tratamiento.

PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO

El niño prematuro. Su aspecto exterior y peso; sus funciones digestiva, respiración y circulación. Causas de mortalidad: enfriamiento, dificultades de alimentación, infección.

Cuidados que debe tenerse con el niño prematuro: baños, fricciones, masaje. Incubadoras; sus ventajas é inconvenientes.

Alimentación del niño nacido prematuramente. Lactancia natural; cantidad de leche que debe tomar. Dificultades y accidentes en el curso de la lactancia, ya sea natural ó artificial.

Enfermedades del recién nacido. Sus causas: agentes físicos é infecciosos. Muerte aparente. Formas asfíxica y sincopal; sus síntomas, causas, diagnóstico y pronóstico. Tratamiento: baños alternados de agua fría y agua caliente (38°), liberación de las gleras en la garganta, tracciones rítmicas de la lengua. Respiración artificial: procedimientos de SYLVESTER, MARSHALL--HALL y SCHULTZE; Insuflación: su técnica. Provocación de reflejos; escobillado de la piel, excitación precordial, flajelación, etc.

Traumatismos del recién nacido. Cefalematoma: sus síntomas y pronóstico. Infecciones. Hipotermia é hipotermia, edemas, trastornos digestivos, accesos de asfixia y convulsiones. Causas de estos síntomas. Hemorragias umbilicales, cutáneas, génito-urinarias é intestinales. Vómitos de sangre. Significación clínica de cada una de ellas.

Infecciones umbilicales; importancia de su estudio. Infecciones del cordón, del tejido conjuntivo de la llaga umbilical, de la piel y tejido celular peri-umbilical. Erisipela del ombligo; sus síntomas y pronóstico. Tétano infantil; sus síntomas, pronóstico y tratamiento.

Infecciones de la boca: aftas, muguet ó paco; sus síntomas, pronóstico y tratamiento.

Infecciones del aparato respiratorio. Coriza. Bronquitis. Bronconeumonía. Pleuresía. Estudio superficial de sus síntomas.

Enfermedades cutáneas. Pénfigo; su diagnóstico y tratamiento.

Infección mamaria; mastitis de los recién nacidos; su tratamiento.

Accidentes nerviosos: tétanos; su causa, síntomas, pronóstico y tratamiento. Espasmo de la glotis.

Infecciones oculares. Etiología. Oftalmía gonocócica; inmensa importancia de su inmediato diagnóstico y tratamiento; sus síntomas y marcha clínica. Profilaxia de la oftalmía purulenta: Método de CREDE; uso de otros desinfectantes y del jugo de limón. A todo niño deberá desinfectarsele los ojos inmediatamente después del parto y se usará el método de CREDE en aquellos nacidos de madre sospechosa.

Vigilancia de las funciones naturales del niño. Defecación; cuándo aparece el meconio. Las primeras cámaras: su frecuencia, cantidad, color y aspecto.

OPERACIONES OBSTETRICAS

Episiotomía. Definición. Indicaciones y técnica; diversos procedimientos. Precauciones que hay que observar.

Ruptura artificial de las membranas; manual operatorio é indicaciones.

Dilatación artificial del cuello; indicaciones. Manual operatorio; dilatación metódicamente rápida de BONNAIRE; su técnica. Dilatación instrumental: dilatadores de TARNIER, BOSSI, FROMMEL, RAINERI, FEBRES, etc. El uso del dilatador instrumental debe ser materia de cuidados especiales. Balones de CHAMPETIER de RIBES y de BARNES.

Aborto provocado. El aborto provocado es una operación legítima? Consideraciones. Indicaciones del

aborto provocado: hemorragias graves, hidramnios en forma grave, mola hidatiforme, vómitos incoercibles, albuminuria persistente, estados patológicos agravados con el embarazo (ciertas enfermedades del corazón, pielonefritis, tuberculosis pulmonar, anemia perniciosa, etc.)

Técnica del aborto provocado. Los medicamentos llamados abortivos no deben emplearse nunca, pues además de ser de acción incierta, son peligrosos por las complicaciones á que pueden dar lugar. Los procedimientos que provocan las contracciones uterinas, como las inyecciones intra-uterinas y la punción del huevo, son igualmente infieles y no carecen de peligros.

Evacuación del útero. Tiempos que comprende: dilatación del cuello, desprendimiento del huevo y extracción del huevo ya desprendido. Técnica y manual operatorio.

Parto prematuro provocado; indicaciones. Excitación indirecta del útero (por medicamentos). Provocación de contracciones uterinas por excitaciones periféricas (baños calientes, electricidad, masaje, taponamiento vaginal). Procedimientos que actúan directamente sobre el útero: dilatadores metálicos; desprendimiento del polo inferior del huevo; perforación de las membranas; introducción de una bujía de KRAUSE entre las membranas del huevo y la pared uterina; introducción de balones en la cavidad uterina. Riesgos que hay que tener en cuenta al hacer un parto provocado.

Aplicación de forceps. Qué es el forceps; su historia y modificaciones que ha experimentado. Descripción del forceps: forceps de CHAMBERLEN, LEVRET, TARNIER,

SMEILLIE, NAEGELE, SIMPSON y otros; forceps de ramas paralelas de DEMELIN, LAZAREWITCH, CHASSAGNY, POULLET, etc.

El forceps TARNIER; descripción del aparato. Sus ramas, cucharas, curvas, tallos de tracción y tractor. Valor del forceps TARNIER como instrumento de prehensión y de tracción.

Condiciones para la aplicación de forceps: el diagnóstico de la presentación y de la posición debe estar hecho con toda precisión; es necesario que el cuello esté dilatado; la cabeza fetal no debe ser ni muy grande ni muy pequeña; la bolsa de las aguas debe estar rota. Indicaciones del forceps. Manual operatorio, cuidados preliminares y antisépticos; posición que se dará á la enferma. Cateterismo de la vejiga; esterilización del forceps: ebullición y flambeado.

Aplicación del forceps. Tiempos que comprende: introducción de las ramas, articulación y extracción.

Aplicación del forceps sobre la cabeza fetal en cada una de las presentaciones y posiciones de vértice. Aplicaciones directas y oblicuas.

Aplicación de forceps en las presentaciones de cara.

Aplicación de forceps en la cabeza última.

Aplicación de forceps en las presentaciones de nalgas.

Lesiones maternas y fetales causadas por la aplicación del forceps. Cotraindicaciones del forceps. Tendencia actual de limitar el uso de este aparato.

Extracción manual del feto en las presentaciones de nalgas, completas é incompletas. Técnica de la extracción é indicaciones. Vigilancia del cordón y cuidados que requieren las vísceras del feto. Extracción de los piés

(maniobra de PINARD-MANTEL). Extracción de la cabeza última; (maniobra de BUDIN, CHAMPETIER de RIBES MAURICEAU y MME LACHAPELLE); método de Praga.

Versión por maniobras externas. Indicaciones y contraindicaciones. Manual operatorio. La faja eutócica.

Versión por maniobras internas. Versión podálica; condiciones necesarias para practicarla: cuello dilatado ó dilatable; conservación de todo ó de parte del líquido amniótico; ausencia de encajamiento y buena conformación de la pelvis. Manual operatorio: posición de la enferma. Técnica de la versión; tiempos de que consta: ruptura de las membranas, introducción de la mano para coger los piés, evolución del feto y extracción. Cuidados que requiere la extracción; técnica del desprendimiento y extracción de los brazos. Dificultades de la versión concernientes á la vulva, vagina, cuello y anillo de BANDL.

Versión mixta, bimanual, ó de BRAXTON HICKS. Manual operatorio.

Embriotomías. Embriotomía cefálica; casos en que debe emplearse. Manual operatorio: perforación del cráneo ó craniotomía; aplastamiento de la cabeza (cefalotripsia ó basiotripsia); inclinación de la cabeza ó cranioclasia.

Instrumental: craniótomos, basiotribo de TARNIER, cranioclasto de BRAUN.

Técnica de la basiotripsia con el aparato de TARNIER.

Embriotomía en las presentaciones de hombro: embriotomía por decapitación; manual operatorio. Embriotomos de TARNIER y RIBEMONT; tijeras de DUBOIS. Téc-

nica de la operación. Evisceración y cleidotomía: sus indicaciones.

Pelvitomías. Definición. Sus variedades: sinfisiotomía, ú operación de SIGAULT; isquio-pubiotomía, ú operación de FARABEUF y pubiotomía lateral, (operación de GIGLI).

Sinfisiotomía (operación de SIGAULT)—Indicaciones y técnica operatoria. Valor del aumento del estrecho superior, conseguido por la separación pubiana. Cuidados consecutivos á la operación. Complicaciones y accidentes.

Isquio-pubiotomía. En qué caso está indicada.

Pubiotomía lateral, ó hebotomía (operación de GIGLI)—Técnica é instrumentos necesarios.

Valor relativo de las diversas operaciones que aumentan los diámetros de la pelvis.

Operación cesárea. Su historia. División en conservadora y mutiladora.

Operación cesárea vaginal y abdominal; valor relativo de cada una de ellas. Técnica de la cesárea clásica (abdominal): época en que será practicada. Instrumentos necesarios. Tiempos de la intervención: incisión de la pared abdominal; exteriorización del útero; incisión del útero; extracción del feto y de la placenta; sutura del útero; sutura de la pared abdominal. Complicaciones y accidentes operatorios. Valor comparativo de la cesárea clásica conservadora y de la pubiotomía.

Operación cesárea mutiladora: con ablación de los ovarios; con ablación de las trompas y de los ovarios; con histerectomía subtotal ó total.

Operación cesárea con amputación del cuerpo del útero y fijación del pedículo á la herida abdominal (operación de PORRO.—Indicaciones: Teratología. Definición. Consideraciones acerca de los casos más frecuentes: sindactilia, polidactilia, pié bot, mano bot, labio leporino, eventraciones y hernias, imperforación del ano. Monstruos.

Moral profesional

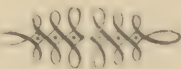
Moral profesional. Qué es la moral profesional. Deberes que adquiere la persona que se dedica al ejercicio de la Obstetricia. Responsabilidad moral y responsabilidad civil.

Deberes de la obstetríz con respecto á sus compañeras.

Deberes de la obstetríz con respecto á sus clientes-Discreción; secreto profesional. Alto papel que desempeña la obstetríz en el seno de su clientela; concepto cabal de su misión como persona de ciencia y rol sentimental que debe siempre desempeñar.

El ejercicio profesional; nivel moral que conservará siempre la obstetríz. Uso del reclamo como medio de extender la clientela; límites en que debe encerrársele; charlatanismo.

La obstetríz, por su condición especial, debe poseer una noción profunda del deber y tener plena conciencia de su delicada misión. Peligros y sollicitaciones que está obligada á rechazar.







MAY 25 1949

WQ 18 L333p 1915

47630240R



NLM 05244970 5

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE